

Einverständniserklärung/Vollmacht minderjähriger Mitarbeiter

Pflichtangaben zur untersuchten Person:

Name:		Vorname:	
Geb.-Datum:			
Str./Hausnr.:			
PLZ und Ort:			
Arbeitgeber/Einsatzstelle:			
Tätigkeit/Ausbildung:			

Die Vorstellung erfolgt im Rahmen der arbeitsmedizinischen Betreuung gemäß den geltenden gesetzlichen Vorgaben. Inhalt und Umfang richten sich nach Alter und vorgesehener Tätigkeit.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Durchführung der nachfolgend beauftragten arbeitsmedizinischen Untersuchungen meines minderjährigen Kindes.

- ☐ Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung
- ☐ Eignungsuntersuchung (soweit für die Tätigkeit erforderlich)
- ☐ Arbeitsmedizinische Beratung
- ☐ Impfberatung
- ☐ Durchführung von Schutzimpfungen (s. gesonderten Einwilligungs- sowie Aufklärungsbogen)

Ich bevollmächtige den/die untersuchende(n) Betriebsärztin/Betriebsarzt, die notwendigen Untersuchungen, sowie altersgerechte Beratungsgespräche durchzuführen und die arbeitsmedizinische Beurteilung zu erstellen.

Mit der Unterschrift eines Sorgeberechtigten wird erklärt, dass die Einwilligung auch im Namen des weiteren Sorgeberechtigten erfolgt bzw. dessen Einverständnis vorliegt, sofern gemeinsames Sorgerecht besteht.

Ort, Datum: _____

Name in Druckschrift des Erziehungsberechtigten: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____

Unterschrift des minderjährigen Mitarbeiters: _____